

## 学校感染症等治癒証明書

名前 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

上記の病気で加療していましたが、感染の恐れもなく、集団生活ができる状態になりました。

\_\_\_\_\_年 月 日

医療機関名

医師 \_\_\_\_\_ 印